

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および9月10日～9月11日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院2	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

「医療は住民のために」ではなく、あえて「医療は住民のもの」を標語に掲げて、地域医療に献身的に取り組んでいる。市立病院ではないが、市役所と同一敷地に総合的に建設され、地域で公的な役割を求められ、また発揮している。内科系、外科系の急性期医療および地域のニーズを受けて、ここ数年で回復期リハビリテーション、地域包括ケア病棟などが拡充されている。年間2,000台を超える救急車に対応するなど、地域の急性期医療の要であるので、今後ともこれらの機能の維持・向上に引き続きの努力を望みたい。以下に今回の第三者評価の結果を総括するので、本報告書と併せて、貴院のますますの発展に少しでも寄与すれば幸甚である。

2. 理念達成に向けた組織運営

「医療は住民のもの」の実現を病院理念として掲げ、基本方針は分かりやすい文言で院内外に表明している。職務分掌および職務権限を明確にしている。病院運営に必要な委員会は設置されている。中期事業計画を受けた年次事業計画に沿って、計画的に病院は運営され、目標管理がなされている。電子カルテを導入し、情報システムや情報管理体制、安全確保体制を適切に整備している。文書取扱規則に基づく文書管理体制を整備し、各種規程は院内LANにも掲載して周知を図っている。医療法等や診療報酬の施設基準に必要な職員数は定期的に確認され、配置されている。人事・労務管理体制を整備し、就業規則等の整備や労働実態把握は適切である。安全衛生委員会の開催、健診・労災等への対応、職場環境の整備・確認も適切である。職員意見の聴取と反映体制や福利厚生設備・制度・活動等、魅力ある職場作りに努めている。医療安全・感染対策研修会等必要な教育研修は実施されている

が、教育研修を統轄する仕組みの構築が期待される。職員個別の能力評価・能力開発を目的として、目標管理シートを用いた所属長との面談が実施されている。基幹型臨床研修病院であり、看護部門は厚生労働省の新人看護職員研修ガイドラインに沿った教育を行っている。医師・看護師・薬剤師・放射線技師・理学療法士などを目指す学生の実習を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を策定し、ホームページや院内掲示で患者、職員に周知している。こどもの権利について検討しておくことよい。同意書を得る診療行為は明確に定められ、説明書と同意書が一連となった様式を使用し、説明時に看護師はほぼ同席している。入院案内に「患者さんの権利」「患者さんへのお願い」として正確な情報を医療者に伝えること等を明記している。患者相談窓口があり、MSW と看護師がさまざまな相談に対応している。虐待に対する対応手順は明確に定まっている。個人情報保護方針、利用目的等はホームページに掲載されている。不適切な電子カルテへのアクセスはログで監視できる。臨床倫理的な重要課題に関する病院の対応方針は明文化されている。各部署で倫理カンファレンスを開催し、多職種で検討している。Jonsen の 4 分割法を用いて倫理課題を検討している。館内はバリアフリーで、外来・入院ともに無料の Wi-Fi が利用できる。売店、イートインスペース、ATM、理容室等が整備されている。院内は清掃が行き届き安全で清潔な療養環境であり、病室の入り口に患者氏名の表示はなく、プライバシーが保護されている。全館禁煙、敷地内禁煙の方針がある。禁煙外来があり、禁煙のポスター等で禁煙の促進を働きかけている。

4. 医療の質

職員からの業務改善提案をもとに業務改善プロジェクトを推進し、改善に努めている。医療安全等にかかわる改善事例報告会を毎年開催している。各科症例検討会や救急奨励検討会、CPC 等の合同カンファレンスを随時開催している。QI プロジェクトに参加し、診療内容についての分析を行っている。患者・家族からの意見は、ご意見箱を設置して収集している。収集された意見は、「ご意見箱対応委員会」で検討され、掲示・回答されている。ご意見箱検討委員会は、随時開催となっている。診療・治療方法や技術の導入について、生命倫理委員会で検討しているが、審議内容や方法、モニタリングについての具体的な規定がなく、整備することを期待したい。各部署の入り口に病棟責任医師、看護師長、担当薬剤師の氏名を表示している。ベッドネームには、主治医と受け持ち看護師の氏名を記載している。診療記録は電子カルテ運用であり、診療録記載マニュアルに従って入院診療計画書、入院時所見、日々の所見、診療の指示、手術記録、麻酔記録などの診療記録を適宜記載している。認知症ケアチーム、栄養サポートチーム、褥瘡対策チーム、摂食嚥下チーム、感染対策チーム、緩和ケアチームなど様々な専門チームが院内横断的に活動している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、副院長が室長を務め、専従及び専任の安全管理者を配置し、職員の役割と権限が明文化され、組織横断的に活動できる体制である。インシデント・アクシデント報告は管理システムによって収集され、安全管理委員会、メディカル・リスク・マネジメント委員会で報告・検討されている。医療事故発生時の対応については、マニュアルに既定されており、通常と緊急対応が必要な場合に分けて、対応フローが作成されている。患者誤認防止対策としてフルネームで名乗ってもらう事を基本とし、バーコード等の照合など複数の手段で確認している。指示出し、指示受け、実施確認や緊急時の情報伝達エラー防止対策を適切に実践している。麻薬・毒薬・向精神薬、カリウム製剤、抗がん剤等、安全な使用に向けた対策を実践している。入院時と1週間後に全患者に対して転倒・転落リスク評価を行い、リスクに応じてマニュアルに則り対策を講じている。使用する医療機器については、臨床工学技士が安全使用のための点検・管理を行っており、必要な研修も都度開催されている。院内BLS研修は、全職員が受講しフォローアップ体制もある。ドクターハートで対応した事例の振り返りも実施している。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止委員会、ICT、AST、リンクナースなど役割が明確化され医療感染制御体制は確立している。必要な権限は中心的活動を担うICTの専従ICNに委譲されており、ICT、ASTも機能分担しながら有効に機能している。JANIS、J-SIPHEに登録し、継続的に自院の院内感染や耐性菌の発生状況を把握するとともに他施設との比較、検討も行っている。SSIサーベイランス、CLABSI、CAUTIサーベイランス、VAPサーベイランスを実施している。近隣の医療機関との合同カンファレンス等を通じて情報共有を行っている。標準予防策は、感染の標準マニュアルに基づいて実施している。専従のICNを中心としてリンクナースと連携し環境ラウンドを行い、手指衛生・PPEの適正使用などの感染対策マニュアルの遵守状況をチェックし感染予防の徹底に努めている。感染予防対策が必要な患者については病室に表示を行い、職員間の情報共有を図っている。ICTが抗菌薬使用マニュアルを作成・整備し適宜改訂を行っている。抗MRSA薬、メロペネムを指定抗菌薬として届出制としており、投与前の血液培養実施を推進している。広域抗菌薬の安易で漫然とした使用を避けるためASTが適宜介入し助言・支援を行っている。起炎菌同定後は適宜デ・エスカレーションを行っている。

7. 地域への情報発信と連携

広報は業務施設課が担当し、広報学術委員会で検討して推進している。季刊の広報誌を発行している。ホームページでの発信情報をさらに検討するとともに、情報更新をタイムリーに行うとよい。地域の医療施設、介護・福祉施設等の情報は取りまとめられている。地域の中で自院が果たすべき役割・機能は認識されている。紹介患者に対する紹介元への返書は、初回・中間・最終のいずれかを必ず作成する決まりとなっており、初回返書の返信状況の管理はなされている。紹介元医療施設を

年2回訪問し、紹介患者リストを持参して未返書の確認を行っている。地域住民を対象とした「実践保健大学」を開催しており、年間6回のカリキュラムで健康に暮らすための実践講座を行っている。各回の講演はスポットで参加することもできるようになっている。昨年度で41期と長く継続した活動となっており、受講者の同窓会を毎年開催し同窓生の交流を図っている。老人保健施設利用者の家族を対象とした「こまくさ家族会」やがんサロン「たんぽぽ」など患者・家族会が開催されている。毎年「病院祭」を行い、その中のイベントの一つとして市民公開講座を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診の手順等必要な情報はホームページ等で案内されている。患者のプライバシーや安全に配慮しながら外来診療を行っている。侵襲的検査については確実・安全に実施されている。入院の適応は、診察医が必要に応じて専門医や上席医に相談し決定している。多職種が協働し、各種リスクや患者の希望に配慮し診療計画を立案・作成している。患者・家族からの相談は総合相談室が窓口であり、ホームページ等で案内されている。緊急入院のベッドコントロールは師長が交替で担当している。医師は毎日回診を行い、チーム医療においてリーダーシップを発揮している。看護基準・看護手順を整備し日常生活の援助などの看護業務を実践している。看護師は注意すべき薬剤の投与中、投与後の状態観察を適切に行っている。輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施されている。周術期の対応については適切である。重症患者はHCUにて適切に管理される仕組みがある。管理栄養士はミールラウンドを実施し食事変更の必要性の提案などを行っている。緩和ケアチームは、定期的な病棟ラウンドを実施している。リハビリテーションの必要性とリスクを評価し、継続性をもって実施している。多職種で構成される身体拘束適正化委員会が活動している。退院支援看護師が必要と判断された患者に対し、入院時から介入している。自宅退院、施設への転院の別に必要なケアが継続できるように取り組んでいる。ターミナルステージは医師を中心に多職種で判断している。

9. 良質な医療を構成する機能

院内薬品は、適切な温度・湿度管理のもと、処方鑑査、調剤鑑査などを行っている。時間外検査やパニック値の報告システムなど工夫して臨床検査機能を発揮している。画像診断については核医学を除き365日24時間体制で撮影に対応している。自営で食事の提供を行っており、食思不振患者には個別の食事対応を行っている。リハビリテーションの必要性を適切に判断し、病状、リスク、患者・家族の希望に配慮しながら実施している。電子カルテを導入し、紙記録はスキャニングしてタイムスタンプを得、電子記録を原本としている。医療機器管理室では医療機器管理システムを用いて医療機器の一元管理を行っている。洗浄・滅菌の一連の作業工程はワンウェイ化され、各種のインディケータを用いて洗浄滅菌の精度の確保に努めている。病理専門医を中心に、術中迅速病理検査を含む病理診断機能を適切に発揮している。放射線治療機能は有していない。輸血・血液管理機能は臨床検査室

で安全かつ適切に管理されている。手術室スタッフと麻酔科医により手術室およびその機能が適切に管理されている。HCUが設置されており、主治医により集中治療機能が適切に発揮されている。二次救急医療機関として当番医を配置し、多数の救急搬送患者に対応している。

10. 組織・施設の管理

予算と実績の管理がなされ、経営分析資料は毎月作成されている。病院会計準則に沿って会計処理が行われ、監査法人による外部監査が実施されている。自動支払機または窓口で会計を行っており、夜間も職員が対応して会計処理が行われている。保険医療対策委員会があり、診療報酬請求に関する検討が行われている。委託の是非は検討され、原則単年度契約とし、毎月委託業者と情報交換を行っている。病院で実施する全職員対象の教育・研修には委託業者の職員も参加させている。業務施設課職員が施設・設備の管理を所管し、計画的に施設・設備の定期保守管理と日常点検を実施し記録している。清掃と清潔保持、医療ガス安全管理、感染性廃棄物等の管理は適切である。医療機器は3年間にわたる整備計画を立てて購入を進め、医薬品は薬事委員会、医療消耗品は医療材料検討会で検討している。医療機器は購入後の事後評価を行っている。主要建物は耐震構造である。防災マニュアル等の整備、訓練実施、緊急時対応体制の整備、自家発電の能力や燃料確保など適切であり、食料品・飲料水の備蓄も行っている。保安業務は業務施設課の管理であり、日中、夜間ともに委託業者の警備員により24時間体制で院内巡視やモニター監視による保安業務を実施している。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	A
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	B
1.1.5	患者の個人情報を適切に取り扱っている	A
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	B
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	B
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	B
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	S
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	B

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	A
1.5.3	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	B
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	B
<hr/>		
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	受動喫煙を防止している	B

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	A
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	B
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
3.2	良質な医療を構成する機能 2	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	A
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	B
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	B
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5 施設・設備管理

4.5.1 施設・設備を適切に管理している A

4.5.2 購買管理を適切に行っている A

4.6 病院の危機管理

4.6.1 災害時等の危機管理への対応を適切に行っている A

4.6.2 保安業務を適切に行っている A

年間データ取得期間： 2024年 4月 1日～2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025年 3月 31日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 長野県厚生農業協同組合連合会 浅間南麓こもろ医療センター
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 厚生連（厚生農業協同組合連合会）
 I-1-4 所在地： 長野県小諸市相生町3-3-21

I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床	246	246	+0	82.7	12.8
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	246	246	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	12	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	32	-1
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床	31	+31
地域包括ケア病床	47	+16
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等：

DPC対象病院 (DPC標準病院群)

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

- 医科 1) 基幹型 2) 協力型 3) 協力施設 4) 非該当
 歯科 1) 単独型 2) 管理型 3) 協力型 4) 連携型 5) 研修協力施設
 非該当

I-1-8-2 研修医の状況

- 研修医有無 1) いる 医科 1年目： 4人 2年目： 5人 歯科： 0人
 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

- 電子カルテ 1) あり 2) なし 院内LAN 1) あり 2) なし
 オーダリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

